



รายงานการวิเคราะห์ด้านความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ 2568

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว(องค์การมหาชน)

การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ	ผลการวิเคราะห์แนวโน้มการรายงานความเสี่ยง
1. ประสิทธิภาพการรายงานความเสี่ยง	1.1 จากข้อมูลในปี 2565-2568 พบมีจำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เท่ากับ 2,197 3,024 , 2,598, 2,414 เรื่อง และ 3,081 เรื่อง โดยแบ่งเป็น ความเสี่ยงทาง clinic และ non clinic เท่ากับ 2 และ 1,197 / 38 เรื่อง 3,024 / 101 เรื่อง 2,474 / 124 เรื่อง 2,253 / 161 เรื่อง และ 2,345 / 736 เรื่อง ตามลำดับ โดยพบว่าในปี 2568 มีการรายงานความเสี่ยงทาง clinic และความเสี่ยงทั่วไปในระบบ HRMS มีแนวโน้มจำนวนเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่มากซึ่งสอดคล้องกับการทำ safety survey ในปี 2568 พบบุคลากรในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีการรายงานความเสี่ยงถึง 53.10% อีกทั้งยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายต่อตนเองในภายหลัง เท่ากับ 36.70% ซึ่งส่วนใหญ่พบในกลุ่มสายวิชาชีพ และเป็นความเสี่ยงทาง clinic ที่ส่งผลกระทบต่อผู้รายงานโดยตรง ต่างจากความเสี่ยงทั่วไปที่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการน้อย ส่งผลให้การรายงานทาง clinic ถึงแม้จะเพิ่มขึ้นแต่ไม่มากนัก นอกจากนี้ยังพบรายงานที่ under report มีแนวโน้มสูงขึ้นปี 2565-2567 เท่ากับ 3.45% (76/2197) , 3.66% (106/2896) , 7.83% (204/2598) ซึ่งพบเป็นอุบัติการณ์ทาง clinic ทั้งหมดจึงได้มีการประชุมและแจ้งหัวหน้างานรับทราบให้เห็นถึงความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามแนวทางที่กำหนดส่งผลให้ในปี 2568 มีแนวโน้มลดลง = 2.66% (82/3,081) นอกจากนี้ยังมีรายงานความเสี่ยงจากช่องทางอื่นๆ ได้แก่ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน 159 เรื่อง โดยแบ่งเป็น ด้านพฤติกรรมบริการจำนวน 59 เรื่อง ด้านกระบวนการ 87 เรื่อง ด้านสิ่งแวดล้อม 10 เรื่อง ระบบ PEX ของ สรพ. อีก 26 เรื่อง
2. ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังความเสี่ยง	จากการทบทวนข้อมูลความเสี่ยงทาง clinic ในปี 2564-2567 และปี 2568 พบระดับความรุนแรงส่วนใหญ่อยู่ในระดับ A,B คิดเป็นร้อยละ 93.27 , 89.49 , 84.70 , 70.22 และ 70.17 ตามลำดับ ส่วนอัตราส่วนอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ A-B:E-I พบความเสี่ยงระดับ E-I เริ่มมีแนวโน้มสูงขึ้นเท่ากับ 98.45:1.55 , 98.22:1.77 , 94.40:5.59 , 93.08:6.92 และ 76.11: 23.89 อุบัติการณ์ความเสี่ยง near miss:miss มีแนวโน้มลดลงในปี 2564-2567 เท่ากับ 93.27:6.73 , 89.49:10.51 , 84.70:15.30 , 70.27:29.38 และ 76.11: 23.89 ซึ่งจะเห็นได้ว่าการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกหรือดักจับความเสี่ยงในรูปแบบที่เป็น proactive risk แต่ละหน่วยงานยังค่อนข้างน้อย จึงพบเมื่อมีผลกระทบต่อ

	ผู้รับบริการแล้ว ซึ่งมีการวางแผน risk round ให้สม่ำเสมอมากยิ่งขึ้นและมีการสอนการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อให้เจ้าหน้าที่มี risk awareness เพิ่มมากขึ้นในหน่วยงานผู้ป่วยในโดยมีหน่วยงานสามัญเวชเป็นหน่วยงานนำร่องและเป็นต้นแบบให้เกิดการเรียนรู้แก่หน่วยงานอื่นๆ ส่วนอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับ E ขึ้นไปที่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการทำให้ต้องมีการรักษาเพิ่มและมีโอกาสส่งผลกระทบต่อชื่อเสียง - ส่วนอุบัติการณ์การฟ้องร้องตามกฎหมายในปี 2564-2568 เท่ากับ 0 ครั้ง แต่พบว่าเมื่ออุบัติการณ์มีผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการให้บริการทางการแพทย์ ทางโรงพยาบาลได้ให้การช่วยเหลือตามมาตรา 41 และมาตรา 63(7) ในปี 2566 จำนวน 3/1 ราย ปี 2567 จำนวน 2 / 0 รายและปี 2568 จำนวน 1 / 0 ราย - อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไปในปี2568พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับ1-2 เท่ากับ 100 เรื่อง ระดับ 3 เท่ากับ 9 เรื่องไม่พบในระดับความรุนแรงที่ 4-5 <u>แนวทางแก้ไข</u> - มีการประกาศนโยบายความปลอดภัย Zero harm / Zero event และ no blame no shame โดยผู้อำนวยการ โดยสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบ - มีการประชุมชี้แจงแก่หัวหน้าทุกหน่วยงานโดยขอความร่วมมือให้มีการรายงานความเสี่ยงอย่างน้อย 5 เรื่อง/เดือนโดยเฉพาะความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังความเสี่ยงระดับ near miss เพิ่มขึ้น - มีการรายงานผลตัวชี้วัดในเรื่องคุณภาพและอุบัติการณ์ความเสี่ยงในทีมผู้บริหารทุกเดือน - มีการจัดอบรมเพื่อทบทวนการรายงานความเสี่ยงให้หัวหน้างานและผู้ปฏิบัติรับทราบให้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีการทำ workshop การรายงานในระบบ HRMS ครบ 100% ในทุกหน่วยงานช่วยให้ผู้รายงานรายงานได้ถูกต้องทั้งการเลือกรหัส และระดับความรุนแรง - มีการทำ risk round โดยทีมนิเทศขององค์กรพยาบาลและทีมกิจกรรม 5ส. ของโรงพยาบาล - กำหนดให้เจ้าหน้าที่ใหม่ต้องได้รับการปฐมนิเทศเรื่องการบริหารความเสี่ยง 100% - ส่งเสริมความรู้แก่หัวหน้างานและพัฒนาสมรรถนะในเรื่องการบริหารความเสี่ยงเพื่อเป็นแกนนำ/พี่เลี้ยงแก่หน่วยงานอื่น - มีการประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้นโดยมีการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมในการบริหาร
--	---

ความเสี่ยง การเข้าถึงการลงข้อมูลของผู้ใช้งานพบว่า ยังมีปัญหาการเข้าถึงของระบบขาดต้อง ผ่าน Internet จึงได้มีการประสานงานกับฝ่าย IT ของโรงพยาบาล โดยการปรับให้โปรแกรมอยู่หน้า Intranet ของ รพ. และหน้า Desktop ของคอมพิวเตอร์ในทุกหน่วยงานและเพิ่มช่องทางการรายงานความเสี่ยงโดยใช้ QR Code เพิ่มความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่ในการรายงานความเสี่ยงและตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้เร็วขึ้น

ในส่วนของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(1) ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแลและค้นหาโอกาสพัฒนา:

การทบทวนในมิติ Safety

1. ในส่วนของวิชาชีพ จะมีการประชุมกันในวันพุธ ทุกสัปดาห์ โดยองค์กรแพทย์มีการทบทวนผู้ป่วยผ่านทาง MM conference เพื่อสร้างการเรียนรู้ให้กับกลุ่มแพทย์เพิ่มพูนทักษะและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป, ส่วนทางองค์กรพยาบาล จะมีการนำความเสี่ยงสำคัญทางการพยาบาลมาทบทวนเช่น Fall ที่ทำให้เกิดความเสี่ยงระดับ D ขึ้นไป, Case administration error ระดับ D ขึ้นไป, Case Unplanned ICU เป็นต้น ผลของการทบทวนนำมาสู่การวางแผนการพัฒนาและป้องกันความเสี่ยงไม่ให้เกิดซ้ำหรือถ้าเกิดจะสามารถ Early detection ทำให้ความรุนแรงลดลงได้

2. มีการทบทวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ In appropriate dead โดยใช้ Trigger tool เช่น เสียชีวิตโดยไม่คาดฝันเช่นมีอุบัติเหตุ ACS, Acute PE, เสียชีวิตตามหลังการผ่าตัดทั้ง Elective and emergency surgery, case ที่มีข้อร้องเรียน, case ทางยุติกรรมและกุมารเวชกรรม

3. ทบทวน Case ที่ไม่ได้เสียชีวิตแต่มีความเสี่ยงสำคัญ โดยใช้ Trigger tool เช่น BBA, Amniotic fluid embolism, Euglycemic DKA, Warfarin overdose, Case rupture appendicitis หรือ rupture ectopic pregnancy เพื่อหาสาเหตุของการ Ruture เกิดจากสาเหตุ Delay ที่ รพ.หรือจากผู้ป่วยเอง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การแพ้ยาซ้ำ การให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน การติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น

การทบทวนในมิติ Appropriate และ Efficiency ระดับทีมนำระบบเช่น ทีม AMR (ประสานกันระหว่างทีม IC และทีมระบบยา) ทบทวนข้อมูลการติดเชื้อดื้อยาโดยอาศัยจุดแข็งแต่ละวิชาชีพเช่นพยาบาล IC เป็นผู้ประสานงาน รวบรวมข้อมูลการติดเชื้อ Nosocomial infection (NI) ซึ่งต้องอาศัยอายุรแพทย์เป็นผู้ทบทวนการวินิจฉัยว่าเชื้อที่เกิดขึ้นเป็น True pathogen หรือไม่ ในส่วนของนักเทคนิคการแพทย์เป็นผู้รวบรวมเชื้อดื้อยา, Alarm ผลเชื้อ Pathogen ที่สำคัญให้ทีม IC ทราบ รวมทั้งการทบทวน Antibioqram, ส่วนเภสัชทำหน้าที่ทบทวน

	ความเหมาะสมของใบ DUE กลุ่ม Controlled Antibiotic ร่วมกับอายุรแพทย์ ทบพทวนค่า DDD ให้กับทีม IC และระบบยาเป็นต้น ผลของการทบทวนของทีม นำระบบ นำมาใช้ในการพัฒนากำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย HAP ใน ward สามัญที่ไม่ใช่ ICU ให้ใช้ Empirical Antibiotic ในกลุ่ม Ceftazidime ร่วมกับ Clindamycin แต่ผู้ป่วย HAP ใน ICU ให้ Empirical antibiotic ด้วย Tazocin เป็นต้น การทบทวนในมิติ People-Centred ของผู้ป่วย จากศูนย์รับเรื่อง ร้องเรียนของ รพ. ได้มีการแก้ไขเหตุการณ์สำคัญ เช่น มาตรา 41 มาตรา 63(7) แก้ไขข้อร้องเรียนเรื่อง ที่จอดรถไม่เพียงพอ ต้องไปใช้บริการเอกชน ซึ่งในปัจจุบันได้สร้างอาคารจอดรถใหม่ 9 ชั้น มีการแก้ไขข้อร้องเรียน เรื่อง ค่าเช่าในการให้บริการ ได้แก้ไขโดย เพิ่มช่องทางออนไลน์ เช่น การลงทะเบียน Online โดยใช้ Google form ที่รพ.จักขุ Self register, Self payment เพื่อเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการมากขึ้น เป็นต้น
--	---